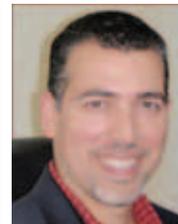


Pruebas auxiliares en nódulos tiroideos:

Decisiones y consideraciones estadísticas

Víctor J. Carlo Chévere, MD, FCAP, ECNU

Patólogo
Sub-especialista certificado en Citopatología
y en Sonografía de cuello
Director de Citopatología, Puerto Rico Pathology



La patología dispone cada vez de más herramientas para establecer un diagnóstico más preciso, pero la evaluación patológica no solo se limita a establecer un diagnóstico. Actualmente, además de la esencial morfología microscópica, los laboratorios realizan pruebas auxiliares que ayudan a dar un diagnóstico, a estratificar el riesgo de malignidad de una lesión, e incluso ayudan a predecir el riesgo de progresión de una lesión o tumor específico.

Necesidad de una evaluación más precisa

Las pruebas de citología en nódulos tiroideos no son la excepción a esta tendencia y cada vez se usan más las pruebas moleculares en la evaluación de los nódulos de tiroides. Por ejemplo, en la evaluación de nódulos con biopsia “indeterminada” (cuya citología de la biopsia por aspiración no es benigna ni maligna) hay un riesgo de malignidad intermedio y es un reto definir el manejo adecuado ante cierta posibilidad de malignidad. A la vez, se busca evitar el sobretreatmento en una lesión probablemente benigna. Ahora se dispone de pruebas moleculares con las que se intenta identificar con mayor precisión el riesgo de malignidad de estos nódulos.

Aspectos estadísticos en las pruebas

No todas estas las pruebas son equivalentes y cada una tiene características particulares. Algunas se han diseñado para proveer una alta sensibilidad (capaces de separar del grupo la gran mayoría de los nódulos malignos) y otras una alta especificidad (capaces de separar del grupo la gran mayoría de los nódulos benignos). Esto se traduce en valores predictivos diferentes. Una prueba con una mayor sensibilidad tendrá un valor predictivo negativo muy alto. Es decir, un resultado negativo da una gran certeza de que el nódulo es benigno, ya que identifica correctamente la mayoría de los malignos con un resultado positivo. Una prueba

con mayor especificidad tendrá un valor predictivo positivo muy alto. Es decir, un resultado positivo nos da una gran certeza de que el nódulo es maligno, ya que identificó correctamente la mayoría de los benignos con un resultado negativo. Por otro lado, aunque la sensibilidad y la especificidad son constantes, los valores predictivos no lo son, ya que varían con la prevalencia de la enfermedad en la población.

Por lo tanto, al escoger una prueba molecular debemos tener clara cuáles son la intención clínica y la prevalencia de la enfermedad en la población. Si queremos saber si podemos evitar una cirugía, necesitamos un valor predictivo negativo muy alto. Es decir, un resultado negativo nos dará una gran certeza de que el nódulo es benigno y evitamos la cirugía. Si queremos decidir entre una cirugía diagnóstica o una cirugía curativa más radical, es más útil un valor predictivo positivo muy alto. Un resultado positivo dará una gran certeza de que el nódulo es maligno y podemos proceder con una cirugía más radical de inmediato. Este dilema existe porque no hay una prueba perfecta, y los aumentos en sensibilidad (y valor predictivo negativo) se obtienen sacrificando especificidad (y valor predictivo positivo).

Comentario

En resumen, los factores a considerar son múltiples: sensibilidad y especificidad de la prueba, la prevalencia de malignidad en la población de nódulos con biopsia “indeterminada” y las necesidades clínicas de cada paciente en particular.

Esto hace que la selección de pruebas a usar y la interpretación de las mismas sea un ejercicio multidisciplinario, que exige la colaboración de múltiples especialidades para obtener un resultado clínicamente útil y de beneficio para el paciente. 